



**FORMULAIRES À DESTINATION DES TÉMOINS EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ PHYSIQUE D'ÉCRIRE SEUL(E)  
LES FORMULAIRES DE DÉSIGNATION ET DE RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de Santé publique et de l'article L311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Coller étiquette  
résident/patient

**1. FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique de remplir seul(e) le **formulaire de désignation la personne de confiance**, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, dont les missions sont d'écrites dans le formulaire de désignation de la personne de confiance du CH de Sartène, est bien l'expression de votre volonté :

**Témoin 1 : Je soussigné(e)**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

.....

Tél/Mobile : ..... E-mail : .....

**Nature des relations avec le patient/résident ou degré de parenté**

Conjoint(e)  Fils/Fille  Frère/Sœur  Neveu/Nièce  Ami(e)  Voisin(e)

Médecin traitant  Autre : .....

**Atteste que la désignation de :**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

.....

Tél/Mobile : ..... E-mail : .....

**Nature des relations avec le patient/résident ou degré de parenté :**

Conjoint(e)  Fils/Fille  Frère/Sœur  Neveu/Nièce  Ami(e)  Voisin(e)

Médecin traitant  Autre : .....

**Comme personne de confiance** en application de l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ou de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique **EST BIEN L'EXPRESSION DE LA VOLONTE ET ECLAIREE DE :**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

➔ Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :  Oui  Non

➔ Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :  Oui  Non

Fait à ....., le .....

Signature du témoin

Cosignature de la personne de confiance

**Témoin 2 : Je soussigné(e)**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

.....

Tél/Mobile : ..... E-mail : .....

**Nature des relations avec le patient/résident ou degré de parenté :**

Conjoint(e)  Fils/Fille  Frère/Sœur  Neveu/Nièce  Ami(e)  Voisin(e)

Médecin traitant  Autre : .....

**Atteste que la désignation de :**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

.....

Tél/Mobile : ..... E-mail : .....

**Nature des relations avec le patient/résident ou degré de parenté :**

Conjoint(e)  Fils/Fille  Frère/Sœur  Neveu/Nièce  Ami(e)  Voisin(e)

Médecin traitant  Autre : .....

**Comme personne de confiance** en application de l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ou de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique **EST BIEN L'EXPRESSION DE LA VOLONTE ET ECLAIREE DE :**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

➔ Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :  Oui  Non

➔ Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :  Oui  Non

Fait à ....., le .....

Signature du témoin

Cosignature de la personne de confiance

## 2. FORMULAIRE DE RÉVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Si vous êtes dans l'impossibilité physique de remplir seul(e) le **formulaire de résiliation de la personne de confiance**, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la résiliation de la personne de confiance, est bien l'expression de votre volonté :

### **Témoin 1 : Je soussigné(e)**

**Nom de naissance** : ..... **Nom d'usage** : .....

**Prénom** : .....

**Né(e) le** : ..... **à** : .....

**Adresse** : .....

.....

**Tél/Mobile** : ..... **E-mail** : .....

**Nature des relations avec le patient/résident ou degré de parenté :**

Conjoint(e)  Fils/Fille  Frère/Sœur  Neveu/Nièce  Ami(e)  Voisin(e)

Médecin traitant  Autre : .....

**Atteste que :**

**Nom de naissance** : ..... **Nom d'usage** : .....

**Prénom** : .....

**Né(e) le** : ..... **à** : .....

**A mis fin à la désignation de**

**Nom de naissance** : ..... **Nom d'usage** : .....

**Prénom** : .....

**Comme personne de confiance mentionnée** à l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ou de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique.

**Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée** à l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ou de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique.

Fait à ....., le .....

**Signature du témoin**

### **Témoin 2 : Je soussigné(e)**

**Nom de naissance** : ..... **Nom d'usage** : .....

**Prénom** : .....

**Né(e) le** : ..... **à** : .....

**Adresse** : .....

.....

**Tél/Mobile** : ..... **E-mail** : .....

**Nature des relations avec le patient/résident ou degré de parenté :**

Conjoint(e)  Fils/Fille  Frère/Sœur  Neveu/Nièce  Ami(e)  Voisin(e)

Médecin traitant  Autre : .....

**Atteste que :**

**Nom de naissance** : ..... **Nom d'usage** : .....

**Prénom** : .....

**Né(e) le** : ..... **à** : .....

**A mis fin à la désignation de**

**Nom de naissance** : ..... **Nom d'usage** : .....

**Prénom** : .....

**Comme personne de confiance mentionnée** à l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ou de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique.

**Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée** à l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ou de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique.

Fait à ....., le .....

**Signature du témoin**